SUBCOMISIÓN PARA EL ESTUDIO DEL PROYECTO DE LEY DE CONTRATO DE SEGUROS

(Sesión celebrada el día 24 de octubre de 2017).

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 12:44).

–Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«Nota del Director de la División Legal del Banco de Seguros del Estado, doctor Ariel Apotheloz, en respuesta a la solicitud efectuada por esta asesora, de fecha 10 de agosto de 2017.

Nota del Banco Central del Uruguay, de 10 de julio de 2017, en respuesta a la solicitud efectuada por esta asesora».

–Continuando con el tratamiento del proyecto de ley de contratos de seguros, que había sido suspendido en mayo a la espera de otras modificaciones, en el día de hoy contamos con la presencia del Director de la División Legal del Banco de Seguros, doctor Ariel Apotheloz y, posteriormente, estará el economista Martín Vallcorba por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Damos la bienvenida al doctor Apotheloz y le comentamos que quedaron algunos artículos desglosados sobre los que tenemos que avanzar.

El artículo 1.º había sido desglosado a solicitud de la señora senadora Eguiluz, quien decía que estaba de acuerdo con las modificaciones de la Universidad de Montevideo frente a lo cual el doctor Apotheloz refirió a que eran técnicamente correctas, pero consideraba dejarlas para la reglamentación. Incluso, manifestó que incorporar aspectos de interpretación puede resultar negativo para su aplicación. Esto fue manifestado el 16 de mayo de 2017.

SEÑOR APOTHELOZ.- Nosotros mantenemos esa posición.

El artículo 1.º, cuyo *nomen iuris* es «(Naturaleza y alcance)», establece que se trata de una ley de orden público, define el objeto que regula y dice qué leyes rigen, además de la Ley Especial de Contratos de Seguros y la de Relaciones de Consumo. Incluso expresa que serán válidas todas aquellas cláusulas que puedan resultar más beneficiosas para el asegurado. El tema estaba en el carácter de orden público. Esa había sido una posición como de política de Estado. En aquel momento estábamos todos de acuerdo al respecto: el Poder Ejecutivo, el mercado asegurador, etcétera. Además, se hicieron consultas al derecho comparado, y la conclusión fue que, justamente, por los bienes jurídicos que están involucrados en las leyes de seguros, lo más recomendable es que sean de orden público. Nosotros decíamos en aquella instancia que una eventual modificación de esto requeriría de una postura del Poder Ejecutivo, que era el autor del proyecto. Pero insisto en que todos nos habíamos definido claramente de esa manera.

SEÑOR PRESIDENTE.- Debo decir que todo lo que está expresando en sala el doctor Apotheloz es un material rico a los efectos de los informes que luego habrá de producir esta subcomisión.

El artículo 12 también fue desglosado a solicitud de la señora senadora Eguiluz. Dice el acta del 16 de mayo que la señora senadora Eguiluz entiende las explicaciones del doctor Apotheloz pero las estudiará. El doctor Apotheloz manifiesta que jurídicamente no tiene observaciones a las sugerencias del Departamento Comercial y Bancario de la Universidad Católica pero con esta redacción, hasta tanto no haya declaratoria de herederos o certificado notarial, el causahabiente no está obligado a presentarse ante la aseguradora. Dice que puede generar inconvenientes, pues en la práctica es importante que la aseguradora conozca el hecho con anterioridad, más allá de que luego se complete la información. El doctor Apotheloz nos decía que cree que es mejor la redacción del Poder Ejecutivo, pues no genera problemas.

SEÑOR APOTHELOZ.- Me mantengo en lo dicho. Hay un tema en materia de seguros que es la práctica aseguradora, sin perjuicio, obviamente, de que es un contrato regido por el derecho. Y la práctica aseguradora hace que haya muchas cosas que requieran inmediatez. El contrato de seguros es muy automático; hay mucha automaticidad. Entonces, cuando se plantea la notificación, en caso de fallecimiento, de quienes puedan eventualmente cambiar la titularidad del bien asegurado, es importante que se haga de inmediato, más allá del aspecto formal de apertura de sucesiones. Esto no solamente demora, sino que a veces la persona puede ni siquiera estar interesada en abrir una sucesión, por los costos que tiene.

Entonces, sin perjuicio de entender el planteo de la señora senadora Eguiluz, consideramos que por razones técnicas, jurídicas, de conveniencia, de oportunidad y de la práctica aseguradora, el texto del Poder Ejecutivo es el adecuado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay otro desglose propuesto por la senadora Eguiluz, referido al numeral 4) del artículo 33. Allí la senadora solicitaba que este numeral fuera analizado por la comisión o que simplemente no se incorporara. Expresó sus dudas acerca del agregado propuesto por el Instituto de Derecho Comercial de la UdelaR. Cabe recordar que el doctor Apotheloz señaló que a su criterio dicho agregado puede complejizar la aplicación de la norma.

SEÑOR BORDABERRY.- Quería preguntar acerca de mantener el estado del riesgo durante el término de la vigencia del contrato como una obligación. ¿Qué es mantener el estado del riesgo? ¿Cuál es la tolerancia en el mantenimiento del riesgo? Estamos poniendo de cargo del asegurado una obligación. ¿Cuál puede ser? Es una norma muy fuerte. Estamos pensando en el consumidor. ¿Cuál es ese cambio del riesgo? ¿Qué grado tiene? ¿Tiene tolerancia?

SEÑOR APOTHELOZ.- Usted habrá visto que el artículo 33 dice, entre paréntesis, «(Obligaciones del tomador, asegurado o beneficiario)», que más bien es un título orientativo, un tema de técnica legislativa. Y establece: «Son obligaciones y cargas del tomador […]». La diferencia entre la obligación y la carga es que la primera hace a un aspecto esencial el contrato como, por ejemplo, pagar el premio. Este constituye la contraprestación de la contratación del seguro y el que justifica el nacimiento de la obligación. Las cargas son imperativos del propio interés, que se justifican en los contratos de trato sucesivo porque, justamente, por ser contratos de largo alcance, la carga tiene como motivo que el asegurado cumpla con determinadas exigencias que hacen a lo que habíamos explicado una vez: la ecuación económica, la técnica del seguro. Todos los que estamos sometidos al mismo riesgo entramos en un bolsón. El asegurador hace una hipótesis de factibilidad del riesgo, mide el estado de su cartera, ve la siniestralidad, la analiza y dice: «En función de esto, para poder sustentar los riesgos que voy a asumir, cobro determinada prima». Todos los que están sometidos a ese mismo riesgo tienen cargas porque, como quien dice, van en el mismo tren. Todos deben comportarse de determinado modo para no agravar el riesgo ni hacer más pesada la carga del asegurador y que desde el punto de vista financiero sea mucho más pesada de lo previsto. Justamente, una de esas cargas, mantener el estado del riesgo, significa que cualquier asegurado que excede el riesgo que le cedió al asegurador incurre en una situación de incumplimiento que desarticula la ecuación económica. Entonces, ¿qué es mantener el estado del riesgo? Por ejemplo, yo le cedo el riesgo de mi vehículo a una empresa aseguradora y lo declaro como uno de paseo, particular. Pero resulta que luego lo utilizo como taxi, y en ese caso el riesgo, obviamente, se potencia mucho más porque ese auto está mucho más en la calle, etcétera. Por lo tanto, hay que mantener el estado del riesgo, algo que no solamente está en este proyecto sino en todos los modelos jurídicos del mundo. Es una carga al asegurado y lo que se le plantea es: «Usted está dentro de este grupo, de este bolsón. Nos dio este riesgo, con esta declaración de cuál es el mismo. No puede modificarlo sin previo aviso». Si modifica la situación pero con previo aviso, quizás la aseguradora lo saque de ese bolsón, lo ponga en el de los taximetristas y le cobre la prima correspondiente. Esa es una obligación esencial porque si no, la ecuación económica se desvirtuaría todos los días.

Otro ejemplo es el de los hogares. Yo puedo tener una casa habitación que también la use de oficina, donde entra mucha gente, muchos clientes. Eso ya cambia el estado del riesgo porque hay otras consideraciones respecto al uso que hago de mi vivienda. Y como ese caso hay otros más. Es decir, mantener el estado del riesgo en las condiciones que se declararon es esencial.

Otra forma que ya no hace al uso sino al mantenimiento es, por ejemplo, cuando aseguro un vehículo, que tiene que estar en condiciones técnicas de operabilidad. Si se rompe el freno de mano, hay que repararlo para mantener el estado del riesgo. Porque si tengo un vehículo asegurado que potencia la posibilidad siniestral, estoy desvirtuando el bolsón de primas. Esa es la razón por la cual hay que mantener el estado del riesgo.

SEÑOR BORDABERRY.- Entiendo los casos que ha planteado el doctor Apotheloz porque son evidentes. Pero el mundo es tan rico que a veces hay otros ejemplos que de pronto no resultan tan claros. Me llama la atención que en el artículo 32 estén las obligaciones del asegurador en tres numerales muy claros: actuar de buena fe, indemnizar al tomador y tomar todas las providencias una vez denunciado un siniestro para verificarlo y liquidar. Por su parte, en el artículo 33 figuran las obligaciones del asegurado, que son, entre otras, pagar al asegurador el premio; pagar el premio por entero; proporcionar al asegurador, antes de la celebración del contrato, no sólo la información que figura en el cuestionario que este le suministre, sino todas las circunstancias –esto vendría a ser, también, un poco de buena fe–; mantener el estado del riesgo. Esto está bien para el ejemplo que se dio de la casa, pero ¿qué sucede si yo aseguro mi casa y al lado se instala una fábrica de explosivos? Eso hace que aumente el riesgo pero yo tengo un contrato asegurado. ¿Es culpa mía? No. ¿Estoy manteniendo el riesgo? No. Lo mismo pasa si el vehículo que tengo asegurado se me deteriora, se rompe; ¿tengo que denunciarlo en el seguro, o no? El concepto de mantener el riesgo es muy amplio como para no tenerlo especificado, porque a partir de una cláusula así puede darse la situación de que por tener el freno de mano roto me digan que no mantuve el riesgo; yo aduzco que me chocaron y que no fue que choqué porque no tenía freno de mano. Entonces, me dicen: «Pero usted no mantuvo el riesgo».

En definitiva, el concepto parece poco específico y muy duro. Acá no se dice que es una obligación, se habla de carga, pero a los efectos jurídicos es lo mismo, porque se está incumpliendo con una obligación o una carga. No se está manteniendo el estado de riesgo, y si no se mantiene acorde a la ley, ¿cuál es el resultado? Se rescinde el contrato: «Usted no cumplió, yo no cumplo»; *non adimpleti contractus*, como dice el Código Civil.

SEÑOR APOTHELOZ.- Con respecto a si hay linderos que son peligrosos, lo que se le pide al asegurado es que mantenga su estado de riesgo y no el de un tercero. Ahí sí sería carga de la empresa aseguradora si no fue a inspeccionar el bien objeto del seguro y no vio que los linderos eran peligrosos y por ende eso no lo incluyó en el cálculo de la prima. Lo que se le pide al asegurado –todo el proyecto es una hermenéutica– es lo razonable, o sea, que denuncie el estado del riesgo del asegurado, no de terceros.

En cuanto a la situación de deterioro del freno de mano que mencionamos recién –incluso, esto está en el proyecto de ley– la exclusión por no mantener el estado del riesgo deriva de aquello que tenga relación de causalidad con el siniestro. Si no tengo la licencia de conducir vigente –esto también es un agravamiento del riesgo–, porque se me venció y me olvidé, y al circular en la vía pública y estar parado en un semáforo en rojo, un ómnibus me choca por atrás, obviamente ese riesgo será cubierto –como dice la ley– porque no hay relación de causalidad entre mi incumplimiento de la carga y el evento.

Toda esta situación ya está prevista en la ley. ¿Qué sucede? Como siempre se ha dicho, el contrato de seguros es de exquisita buena fe. Este es un principio utilizado en los contratos en general. ¿Por qué adquiere un carácter mucho mayor en los contratos de seguros? Porque el asegurador se basa en la confianza. Cuando hay una cartera de bienes –por ejemplo una flota de vehículos– ningún asegurador puede analizar, caso a caso, todos los riesgos que cada asegurado trae, porque los contratos de seguros son masivos y es imposible que el asegurador pueda revisarlos uno por uno.

¿Por qué esa confianza? El asegurador dice algo así como: «Yo me arriesgo por lo que tú declaras. Confío en ti y la cobertura que te otorgo es conforme a tu declaración». Precisamente, se dice: carga siempre la información, antes, durante y después del contrato. Me guío por lo que me informa el asegurado, salvo grandes riesgos, como por ejemplo si tengo que cubrir una planta nuclear. Los aseguradores no inspeccionamos cada riesgo porque sería imposible mirar miles y miles de vehículos, o miles y miles de casas.

Con todo esto, señores senadores, quiero decir que mantener el estado del riesgo es una obligación correspectiva en la confianza que deposita el asegurador en su cliente cuando recibe la solicitud de seguro, conforme a la declaración unilateral que hace el cliente. Entonces, lo único que dice el asegurador es: «Muy bien, esta es su declaración y yo lo voy a cubrir. Usted tiene que mantener esto que me ha dicho y si hay una modificación, avísemela, que seguramente lo que sucederá, si se justifica, será una adecuación de la prima». Además, no es cualquier incumplimiento el que implicará la exclusión, sino alguno que tenga relación de causalidad con la producción del siniestro.

Todas estas normas provienen del derecho comparado. El proyecto de ley del Poder Ejecutivo –como dijimos en otra oportunidad– es un modelo que recoge soluciones que ya están

implementadas e implantadas en todo el derecho comparado.

Mantener el estado del riesgo es una carga esencial en el contrato de seguros, que necesariamente debe estar establecida.

Es cierto que el proyecto de ley de seguros establece tres incisos de obligaciones del asegurador y muchos más del asegurado, justamente porque es un contrato previsto en favor del asegurado. Como el asegurado es el que declara y dice cómo es el riesgo que traslada, se le debe decir que obviamente tiene que regirse por estas reglas, para que yo como asegurador pueda mantener el riesgo dentro de los parámetros por los cuales aseguré que fue en base a su declaración.

SEÑOR BORDABERRY.- Al mirar este numeral vuelvo al artículo 18.

Obviamente, mantener el estado del riesgo es agravarlo y el artículo 18 establece: «Constituye agravamiento del riesgo toda circunstancia que si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato lo hubiera impedido o modificado sus condiciones». Entonces, si conceptualmente se agrava la situación y el asegurador toma conocimiento de la misma, no firma el contrato.

El segundo inciso establece: «Dichas circunstancias deben ser comunicadas al asegurador inmediatamente de conocer el agravamiento salvo que las mismas se debieran al propio tomador o asegurado o de quienes lo representen en cuyo caso la notificación deberá efectuarse antes de que se produzcan».

Creo que votamos esa norma y nos parecía bien

El artículo 19 establece las consecuencias en caso de que no haya siniestros, etcétera. En este caso, ¿qué dice? Que se deben comunicar, porque si se agrava la situación pero ya se aseguró, es obvio que el seguro sigue. Yo comunico que lamentablemente se agravó la situación. Pero según el numeral 4), se le dice a la persona que tiene que mantenerlo y no puede tolerar que se agrave. Se lo tiene que mantener. En ese punto es en el que el tema me confunde un poco.

SEÑOR APOTHELOZ.- La norma es una secuencia de disposiciones que intentan llegar a una solución coherente. En un lado se habla de mantener el estado del riesgo. En cuanto al agravamiento del riesgo que se puede dar, la norma dice que yo le debo comunicar al asegurador la ocurrencia del agravamiento del riesgo. Teniendo en cuenta las distintas hipótesis, están las diferentes consecuencias, según se haya hecho antes o posterior al siniestro. Insisto en que esto está en el derecho comparado, en la ley argentina, en el modelo brasileño, en la ley española. No son cosas contradictorias porque el principio general es que si se trasladó tal riesgo, que se mantenga en el mismo estado, ya que la prima se cobra en función de ese riesgo que se cotizó. Si el riesgo se agrava, entonces, hay que comunicarlo al asegurador, quien tendrá la opción de decir que como ese riesgo se agravó ya no se puede asegurar, o de hacer un cálculo de prima, una recotización, haciendo el aumento de prima pertinente. Insisto en que esto no quiere decir que los riesgos no se puedan agravar, sino que en un contrato en el que el asegurado declara determinado estado de situación, si este cambia, la ley dice que se debe comunicar. La diferencia con la carga es que en el caso de incumplimiento de una carga el contrato no se rescinde sino que continúa, pero para el caso en el que no se cumplió la carga el siniestro no se cubre. Puede seguir el contrato y otro siniestro en el que se cumplan todas las cargas será amparado. Son efectos propios y connaturales que se dan en el régimen de contrato de seguros por esas especialidades que tiene. Es decir, en el contrato de seguros la empresa aseguradora, que es una empresa comercial y profesional, organiza los riesgos según los distintos tipos que hay. Un actuario que nosotros llamamos el ingeniero de la empresa de seguros es el que dice, según hipótesis de factibilidad y análisis, que tal riesgo lo pone en determinado grupo, pero para que pueda funcionar debe cumplir con determinadas cargas para que no se agrave y no se haga más pesada la carga financiera que se previó cuando se plantearon las condiciones de asegurabilidad y la prima. Esa es la visión. Por supuesto que todas estas normas están justamente planteadas para proteger al asegurado en el sentido de decirle que para que el sistema funcione debe cumplir con las cargas o informar si se agravan. Si todos agraváramos los bolsones que las empresas de seguros cubren, la obligación financiera terminaría desvirtuándose, porque yo cubrí en función de determinado estado de situación. Insisto en que son disposiciones que consultan y son compatibles con todos los modelos jurídicos. Estas son normas básicas de contratos de seguros, previstas para ese tipo de situaciones.

SEÑOR BORDABERRY.- Yo quiero plantear la visión de quien no tiene quien lo represente, que es el consumidor. Agradecemos al señor Apotheloz que esté aquí, pero en realidad es abogado del Banco de Seguros del Estado, el principal asegurador del país. Aquí han venido la Asociación Uruguaya de Empresas Aseguradoras, el Banco Central del Uruguay, etcétera, pero en definitiva el consumidor no tiene una liga que lo defienda. En ese punto es donde yo veo esto un poco desbalanceado. Se me dice que este es el derecho internacional, pero hay que proteger al consumidor. Al analizar esta cláusula tan dura que habla de mantener el riesgo, poniéndolo como una obligación o carga –pero en definitiva si no se mantiene el riesgo ya no surge obligación de resarcir– y al leer los artículos 18 y 19, podremos ver que en el inciso segundo del artículo 18 se dice que el asegurador deberá notificar, inmediatamente de conocer el agravamiento. Luego, creo que en el numeral 3 del artículo 33 se dice que se tienen que comunicar al asegurador todas las circunstancias, no solamente las que agraven, sino también las que disminuyan el riesgo. Obviamente, se trata de un negocio financiero y, si el riesgo es menor, se debiera beneficiar a quien está asegurando un riesgo menor.

SEÑOR APOTHELOZ.- Esa es la razón.

SEÑOR BORDABERRY.- Pero, ¿dónde dice eso? Si voy al artículo 19, veo que se hace referencia a todo el procedimiento para subir, pero no para bajar. Uno, que ha sido formado en una orientación civilista, napoleónica, de derecho romano, piensa en la inconmovilidad de lo pactado, *pacta sunt servanda*, pero resulta que acá si cambian los riesgos, primero hay que comunicarlo; por otro lado, una de las partes –no la otra, lo que es lógico– tiene la obligación de mantener el riesgo. Además, si cambia ese riesgo antes del siniestro, si no se mantiene, se suspende la cobertura para así tener que sentarse a negociar porque esa parte tendrá que pagar más ya que el riesgo es mayor. Sin embargo, si disminuye el riesgo no se suspende nada y no se revisa el contrato. Es más, dirán que no se lo revisa porque no se lo va a firmar.

Me parece que esto no está balanceado teniendo en cuenta al consumidor. No soy experto en esto pero creo que el tema pasa por ahí. Digo más, si se agravó el riesgo y no es por culpa del tomador, lo siento mucho por la empresa aseguradora, pero firmó un contrato que decía que iba a asegurar tal cosa. Y si cambió el riesgo, igual hasta el final del contrato debe pagar. Fíjense que el propio artículo 19 deja fuera de esa posibilidad de agravamiento del riesgo el caso de los seguros personales, lo que es lógico porque si se agravó mi salud –y yo no lo sabía–, se agravó el riesgo, pero no se va a cambiar el contrato. No entiendo por qué ese concepto que sana y sabiamente el artículo 19 aplica sobre el seguro personal no se extiende a lo demás. Es muy fácil explicar el motivo del seguro personal. Soy una persona sana, me hago los estudios médicos y saco un seguro de vida, pero resulta que a los dos años me encuentran una enfermedad que agravó el riesgo; pero no fue mi culpa, y eso no se puede cambiar. Ahora bien, lo otro que no es culpa mía, ¿sí lo pueden cambiar, pero yo tengo que mantener el riesgo? La verdad es que me hace ruido.

SEÑOR APOTHELOZ.- Son dos cosas distintas. Acá estamos hablando de la parte general de la norma. En cuanto al seguro de vida, si una persona saca un seguro de vida y luego tiene una enfermedad terminal, se le va a pagar. Lo que puede haber es una exclusión si una persona, cuando hace la declaración de salud, omite decir que tiene una enfermedad. En el caso que plantea el senador, si saca un seguro de vida y lamentablemente sobreviene una enfermedad que lleva a la persona a la muerte, el seguro va a cubrir. No es este el artículo que se aplica.

Con respecto a lo que hoy planteaba el señor senador, el artículo 17, que es protectivo –este es un proyecto de ley protectivo–, habla de la disminución del riesgo. En él se dice: «El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento fehaciente del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la celebración del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, el premio deberá adecuarse a la disminución del riesgo y si hubiere sido abonado, reducirse en la proporción correspondiente, pero el asegurador tendrá derecho a rescindir unilateralmente el contrato», etcétera. Quiere decir que está previsto que, en el caso de que el riesgo disminuya, hay un ajuste y una devolución, o se producen determinados efectos jurídicos. Este es un tema del que, justamente, se habló en la academia y lo mencionaba incluso la cátedra de derecho comercial. El mercado asegurador es el que ha defendido que la ley sea de orden público, es el que ha defendido que rija la ley de relaciones de consumo cuando se trata de una relación de consumo. Justamente, una de las cosas que cuestiona la cátedra de derecho comercial es por qué es una ley de orden público si todos los contratos –el de compraventa comercial, el de arrendamiento, etcétera– son leyes generales que refieren al tráfico jurídico. Siempre se ha entendido –y en el mercado asegurador lo apoya– que los bienes jurídicos, los intereses jurídicos en el seguro son tan importantes que hacen

al desarrollo de los pueblos porque ¿qué empresario acomete una actividad sin previamente saber que va a estar asegurado? Cuando viene cualquier empresario aquí –y todos conocemos los proyectos porque el Banco de Seguros del Estado está en todo eso–, apenas llega al Uruguay va a ver cuáles son las exoneraciones fiscales y, al mismo tiempo, cuál es la gama de seguros que tiene para poder cubrirse porque sin seguro no hay desarrollo.

Entonces, nosotros planteamos que esta sea una ley de orden público. Creo que este es uno de los proyectos de ley, señor senador, donde la figura del consumidor está presente de principio a fin. Y nosotros, como mercado, lo hemos dejado plasmado. Incluso, uno de los temas que había quedado pendiente para la reunión de hoy es la famosa oficina de información de los seguros de vida. En el proyecto de ley del Poder Ejecutivo no se había pensado en esa oficina. Sin embargo, nosotros, el mercado asegurador, para proteger al consumidor nos preguntamos qué pasa si hay un beneficiario que no se enteró de que su padre, su tío, su abuelo, su amigo o quien fuere le dejó un seguro de vida. Como los señores senadores saben, por más que los seguros de vida tengan un plazo de prescripción más alto, a los cinco años –principio extintivo de la prescripción– prescriben. Entonces, pensamos en crear una oficina de seguros de vida para notificar y para que toda persona que tenga un familiar, o quien sea, con la sola presentación de la partida, pueda averiguar si hay un seguro de vida y si lo instituyeron beneficiario. Esa fue una sugerencia que planteó el mercado asegurador.

Con respecto a lo que el señor senador planteaba sobre Audea, anteriormente mencioné que en este aspecto el mercado está alineado. Más allá de que yo sea representante de la empresa estatal, muchas de las sugerencias que hemos planteado para la modificación o el mejoramiento de la ley sin alterar el espíritu han sido iniciativas del propio mercado asegurador. Si hay algo que tiene presente es que nosotros vivimos y protegemos al consumidor. Si no vendemos seguros, no hay empresa de seguros que pueda subsistir. Y la única manera de que tengamos clientela es protegiendo a quienes nos pagan las primas.

SEÑOR BORDABERRY.- Aceptado, entonces, y coincidiendo los dos en que existe una posibilidad de agravamiento o disminución de los riesgos, y que agravados o disminuidos los riesgos puede reverse el monto de la prima –en realidad, puede reverse el monto de la prima en caso de disminución, y puede suspenderse en caso de agravamiento–, no entiendo cómo ponemos en el numeral 4 la obligación de parte del tomador del seguro, del asegurado, de mantener el estado del riesgo si estamos regulando qué tiene que hacer si aumenta o disminuye. Lo planteo porque este artículo establece que «Son obligaciones y cargas del tomador, asegurado o beneficiario en su caso: […] 4) Mantener el estado del riesgo durante el término de la vigencia del contrato de seguro». Pero, ¿cómo, si estamos regulando el agravamiento y la disminución? Me parece que este numeral está de más porque, en realidad, no es obligación de él algo que no puede asegurar; él no puede mantener el estado del riesgo. Como obligación, tendrá que comunicar el agravamiento o la disminución, pero no mantenerlo. Dejo esto planteado y si quiere, me contesta en la próxima visita.

SEÑOR APOTHELOZ.- Pido disculpas por ser reiterativo, pero creo que esto no es excluyente. El principio general es que si me declaró tal riesgo y le cobro la prima por él, me lo tiene que mantener. Pero si se agrava –que no es excluyente de lo otro, porque el principio general es mantenerlo–, ya sea en forma voluntaria o involuntaria –eso está regulado según el caso y la situación–, tiene que informarlo. En realidad, no hay ningún artículo que diga que se va a cobrar una sobreprima; esto forma parte de la estructura del negocio. Puede haber un riesgo agravado que quizás no justifique una revisión de la prima porque el agravamiento no es sustancial. Yo simplemente digo cómo se maneja la estructura del contrato de seguros y el principio de la carga, al que se refería Garrigues en un libro famoso sobre el contrato de seguros. El deber sublime del asegurado, por el principio de ubérrima *bona fide,* de la excelsa confianza que debe existir en el contrato de seguros, es informar sobre el estado del riesgo porque el asegurado le traslada y declara algo que el asegurador no conoce. La obligación del asegurado es, entonces, mantener el estado del riesgo y no agravarlo. Pero si se agrava, no necesariamente se va a rescindir el contrato; simplemente tiene que comunicar aquella circunstancia que puede desvirtuar la decisión económica, frente a lo cual el asegurador tomará una decisión. Tal vez los ejemplos que cito son excesivos o incorrectos, pero puede darse que frente a un agravamiento del riesgo el asegurador diga que no lo puede asegurar. Me refiero al caso, por ejemplo, de que en la vivienda particular se instalara un polvorín. Puede no haber una prima que cubra algo así y, por tanto, no se asegure. Pero está bien que ocurra eso porque en la ecuación económica, en la cartera que se está gestionando, no se pueden poner como yunques situaciones que desvirtúen la ecuación conformada para establecer, en el bolsón de prima, cuáles son las hipótesis y factibilidades de riesgo. Forma parte de la esencia del contrato. Si elimináramos la carga de información –que consiste en mantener el estado del riesgo o comunicar–, estaríamos regulando otra cosa y se perdería la esencia del contrato de seguros.

SEÑOR MIERES.- Me declaro totalmente lego en la materia y, en realidad, entré en la reflexión a partir del planteo del señor senador Bordaberry.

La pregunta que quiero hacer es si lo que constituye la obligación del asegurado es mantener el estado del riesgo o si solo es comunicar al asegurador todas las circunstancias que agraven o disminuyan el riesgo, según lo dispuesto en los artículos 18 a 22. La obligación de mantener el estado del riesgo puede volverse imposible. Lo que realmente es obligación del asegurado es comunicar al asegurador los cambios en el riesgo. Todo cambio en la situación de riesgo, sea que agrave o disminuya, debe ser comunicado al asegurador. Digo esto en el mismo sentido en que se ha manifestado el señor senador Bordaberry ya que estamos manteniendo una obligación que, si no es siempre imposible, en ciertas circunstancias puede convertirse en tal porque el estado del riesgo, de hecho, no depende de la voluntad del asegurado en muchos de los supuestos. Por consiguiente, la pregunta es si estamos afectando en algo el planteo y si lo que determina la redacción es que se comuniquen al asegurador todas las circunstancias que agraven o disminuyen el riesgo, según lo dispuesto en los artículos 18 a 22.

SEÑOR APOTHELOZ.- El derecho es la medida de lo razonable; es una definición importante a tener en cuenta. Es decir que cuando se habla de que se debe mantener el estado del riesgo, es en la medida de lo que puedo. Insisto: debo mantener mi auto con las condiciones de asegurabilidad, como por ejemplo, con el freno de mano funcionando.

Esa es una obligación que debe estar en el contrato porque es lo único que me asegura que puedo dar cobertura. Si lo único que pongo es la obligación de denunciar el agravamiento o no, dejo que el asegurado, de alguna manera, *motu proprio*, disponga del riesgo. Pero eso no puede ser porque yo cubro lo que él me declaró.

Cuando hablamos de mantener las condiciones no significa que haya que poner un techo especial para que no le afecte un rayo que pueda caer. No; estamos hablando de lo razonable. Ahora bien, si hay una zona en la que el riesgo se agrava, pero no depende del asegurado y está previsto, me lo tiene que informar. En realidad, ni siquiera debe decir que se agravó, porque como bien dice el senador Bordaberry, el asegurado no tiene por qué saber. Se trata de lo razonable; si no funciona el freno de mano y estoy obligado a mantener el estado del riesgo, está en el conocimiento de cualquier hombre medio saber que no está cumpliendo con las condiciones.

Entonces, si se saca eso, se desvirtúa la ecuación económica porque se está diciendo al asegurado que haga lo que quiera con el riesgo y que solo debe comunicar si se agrava o disminuye. De todas maneras, no es excluyente una de otra.

SEÑOR BORDABERRY.- Disculpe que sea tan insistente, pero creo que tengo el deber de serlo en ese sentido.

Me parece que si se agrava el riesgo, lo que hay es una obligación de comunicarlo, y si eso no se hace, no queda cubierto –ese es el gran defecto–, según lo que usted dice. La obligación no es mantener el riesgo; la obligación es comunicar si se agrava el riesgo y, si no lo hago, no quedo cubierto. Yo mismo sé que si agravé el riesgo y no lo comuniqué, no voy a tener cobertura, pero no es que no lo pueda agravar. Sé que si no lo mantengo y no lo comunico, no voy a estar cubierto.

Lo que hace ruido es poner en cabeza del asegurado una carga que, de antemano, estamos diciendo que puede no cumplir, porque enseguida decimos: «Mire que si se agrava me lo tiene que comunicar y si disminuye puede plantear este sistema para que lo baje». Creo que es una cuestión de razonamiento lógico en la redacción de las normas. Nadie duda que tiene que mantener el estado del riesgo para acceder al beneficio –eso va de suyo–, pero dudamos sobre las consecuencias porque, si no lo mantiene, el proyecto establece que pierde el derecho al cobro, a la indemnización. Estamos diciendo que lo tiene que mantener, pero después decimos que si no lo mantiene y lo agrava, pasa esto otro.

Tal vez mis dudas se deban a mi desconocimiento de algo tan específico como los seguros.

SEÑOR APOTHELOZ.- A este respecto considero –y forma parte de la esencia de la ciencia del seguro– que, cuando hablamos de derechos, todas las partes tienen determinadas cargas y obligaciones. Entre las obligaciones de las aseguradoras está la de actuar de buena fe en todo momento, etcétera. Quizás lo que cuesta entender del seguro es esa función casi santa –con las

disculpas de la palabra– porque el asegurador depende totalmente del asegurado, hace un voto de fe. El asegurado traslada un riesgo y, como todos sabemos, la prima que paga al asegurador no es el valor del riesgo que traslada. Se suele decir que con lo que se paga de seguro por tantos años se paga el auto varias veces. Ahora bien, cuando cobramos una prima, esta individualmente considerada no es contraprestativa del riesgo que se traslada. Por ejemplo, si mi auto de USD 30.000, por el que pago una prima de USD 50, tiene un siniestro, con USD 50 estoy cubriendo el valor del auto. ¿Cuál es la razón? Que no todos los riesgos se producen en el mismo momento y las primas se establecen en función de factibilidades. Entonces, quienes están en el grupo aportante deben tener deberes y cargas de conducta –como no agravar el riesgo e informar la agravación– para no desvirtuar la ecuación económica. Esa es la razón por la cual tiene estas patas; las obligaciones de mantener el estado del riesgo y de informar la agravación o la disminución no solo no son incompatibles, sino que se complementan en forma armónica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos al artículo 47, que dice: « (Incumplimiento en el pago del premio). Si el tomador no pagara el premio en el plazo convenido, la cobertura quedará suspendida hasta el momento en que pague las sumas adeudadas por ese concepto. La suspensión no podrá exceder de 30 días corridos, transcurridos los cuales el contrato se resolverá de pleno derecho. En caso de rehabilitación por pago, el plazo de vigencia de la póliza no resultará modificado».

Este artículo había sido desglosado porque hubo una pequeña polémica en su momento. El 10 de agosto, el doctor Apotheloz informó que estaba ajustado a derecho y que reproduce con acierto lo regulado en otros modelos jurídicos.

SEÑOR APOTHELOZ.- Como lo dijimos en su momento, hay una especialidad en el contrato de seguros. En otro tipo de contratos, si no se paga la contraprestación, seguramente se rescinde. ¿Por qué acá el incumplimiento del pago del premio no rescinde de pleno derecho el contrato? Por ese principio de tracto sucesivo, es decir, el contrato pervive en el tiempo. Entonces, el no pagar el premio del contrato de seguros no implica *per se* la resolución del contrato, sino que queda suspendida la cobertura. Si ocurre un siniestro estando en mora en el pago del premio, no se cubrirá, pero el contrato sigue y, si regulariza el pago del premio, la cobertura se mantiene en los próximos siniestros que tenga. Obviamente, esto no puede ser *in eternum* por lo que, conforme a lo que se establece en otros modelos, el artículo expresa: «La suspensión no podrá exceder de 30 días corridos, transcurridos los cuales el contrato se resolverá de pleno derecho». ¿Qué evita esto? Que de la otra parte no haya un abuso, es decir, que no pueda decir que está suspendida la cobertura y mientras tanto no paga los siniestros que tenga.

Este artículo es casi exacto a la ley de seguros argentina. Incluso, en mi informe cito a Meilij –doctrino argentino muy conocido en derecho de seguros–, quien plantea la razón de esta disposición que, en resumidas cuentas, es lo que acabo de mencionar. Quiere decir que es una disposición connatural al contrato de seguros.

SEÑOR BORDABERRY.- Creo que esta es una norma habitual, que he visto muchas veces.

Supongamos que el pago de una póliza de un año se pacta, por ejemplo, en seis veces, y resulta que se pagan las primeras cinco cuotas, pero no la última, con lo que se suspende; pasan treinta días y se rescinde de pleno derecho. Se rescinde, pero lo que se pagó, proporcionalmente, ¿se tiene que devolver o es una multa a cuenta? Si pasaron cinco meses y, en el ejemplo mencionado, abonó cinco sextos de la póliza a un año, de repente se rescinde de pleno derecho y se tienen que hacer las restituciones correspondientes. La empresa tendrá que quedarse con lo correspondiente al tiempo en brindó cobertura y devolver el resto. Normalmente en los contrato lo que se pacta es que lo que se pagó queda como multa, se rescinde y nada más. Quizás eso se tendría que regular de alguna forma, y lo planteo en beneficio para la empresa.

SEÑOR APOTHELOZ.- Generalmente se sanciona cuando hay mala fe o dolo, oportunidades en que el premio queda a beneficio del asegurador; en los casos en que el premio no se paga, según la situación, hay devolución por el tiempo que no corrió. Recordemos algo que dijimos hoy y es que el asegurado paga el premio por el traslado del riesgo que le hace al asegurador. Este no cobra un premio para pagar un siniestro, porque puede no haberlo; si no, al final de la cobertura, si no hay un siniestro, debería devolver el dinero. Lo que cobra el asegurador es una prima como contraprestación por la asunción de un riesgo, que es algo distinto a la ocurrencia de un siniestro. Justamente, como la prima se cobra por la asunción del riesgo, cuando alguien pagó cuatro quintos de la prima, durante ese tiempo se asumió el riesgo y esa prima le corresponde porque el riesgo estaba vigente. Si durante el período en que la persona no paga el riesgo de una cuotificación que la empresa le dio, estaba en

mora, es claro que para esa situación puntual obviamente no hay riesgo o siniestro cubierto porque existe el incumplimiento de parte del asegurado.

Meilij dice que la prima es la porción financiera necesaria para que determinado riesgo pueda integrar la masa asegurada. Agrega que su falta de pago, ya sea íntegra o de alguna de sus cuotas en el término fijado, penaliza al asegurado con la suspensión de la cobertura del contrato, situación que le resta el amparo asegurador por todo el término en que se haya impago el premio –es decir, por ese período y no por toda la vigencia de la póliza– y hasta la finalización de un lapso determinado. Lo que dice la ley para proteger al consumidor es que si no pagó, la empresa aseguradora no puede mantener indefinido el contrato. También dice que la suspensión de la cobertura tiene por objeto mantener la debida relación de equilibrio entre el fondo de prima y las coberturas otorgadas. Por esa razón es que el contrato no finiquita por falta de pago sino que subsiste en sus aspectos restantes, salvo luego del plazo previsto en la ley, cuando sí se rescinde. Esto es clarísimo porque es la única forma en que el asegurador puede mantener el riesgo; si no la cartera se desfinancia y el capital mínimo no da. La única manera de que el asegurador pueda cumplir es que la masa asegurada cumpla, a su vez, con las cargas y obligaciones tanto la de mantener el estado del riesgo, la de denunciar la agravación o disminución y la de pagar la prima en el tiempo convenido que puede ser una o más cuotas.

SEÑOR BORDABERRY.- Entiendo perfectamente lo que dice, y es lógico.

Pero le planteo un caso que no tiene que ver con la suspensión, sino que transcurridos los 30 días se rescindió el contrato. Cuando se rescinde el contrato se procede a las restituciones recíprocas, salvo pacto en contrario.

SEÑOR APOTHELOZ.- Eso es para la resolución, pero esto es hacia adelante.

SEÑOR BORDABERRY.- Acá dice que transcurridos los 30 días el contrato se resolverá de pleno derecho. Esto quiere decir que el contrato se terminó. En ese caso, hay que ver qué obligaciones cumplió cada uno porque, si no, hay restituciones. Yo no estoy pensando del lado del consumidor, sino del de la empresa. Y voy a poner un ejemplo. Supongamos que el contrato es por un año y se pacta que se pagará $ 12 en tres cuotas de $ 4 –el seguro es de $ 1 por mes–; resulta que la persona paga los dos primeros meses $ 8, pero como no paga la tercera cuota es suspendido, pasan 30 días y el contrato se resuelve. Entonces, la empresa de seguros lo tuvo asegurado por dos meses, pero cobró por ocho. Al resolverse de pleno derecho –estoy pensando como abogado litigante– la empresa de seguros que cubrió dos meses y cobró por ocho resuelve el contrato y hay que hacer las restituciones. Si no hay una cláusula que diga que lo pagado será imputado por concepto de multas, etcétera –que a mi juicio es lo que debería decir un artículo como este– hay que devolver el dinero, cuando en realidad la empresa de seguros tenía la expectativa de cubrir el riesgo los 12 meses. Quizás esta hipótesis que puede ser un poco de probeta y que en la práctica puede ocasionar algún problema, ya fue prevista.

SEÑOR APOTHELOZ.- Está previsto en el artículo 47, y funciona de la siguiente manera.

Cuando hay siniestro, si la forma de pago es en 4 cuotas, lo que puede hacer la empresa aseguradora es descontar las cuotas pendientes.

SEÑOR BORDABERRY.- Estoy planteando que no hubo siniestros.

SEÑOR APOTHELOZ.- Si un asegurador financia en 4 cuotas, no significa que cada cuota sea el equivalente a tres meses. La financiación es la manera que se negocia el pago de la porción financiera que ese asegurado tiene que abonar para integrar la masa. Hay gente que piensa que si tiene 4 cuotas, cada una le cubre tres meses. No, no es así. La cuota no va en proporción a los meses. Es más, muchas veces las facturaciones ni siquiera son mensuales, puede hacerse de otra manera. La forma en que el asegurador negocia con el asegurado el pago de las cuotas es para darle una facilidad. Pasa con el SOA. Los señores senadores deben saber que el SOA es un seguro que es previo pago, la ley establece que es de orden público. Todas las empresas de seguro para beneficiar y para dar posibilidades a los consumidores, lo financiamos, pero la ley dice que es previo pago. Cuando financiamos, no es que cada cuota equivale a una determinada cantidad de meses de cobertura. Simplemente se le da al cliente la posibilidad de que realice el pago de manera cuotificada. Por eso, lo que dice el contrato –y está en todos los modelos de seguros– es que el asegurado, sea al contado o en cuotas, en las porciones que corresponda, está obligado a cumplir con una de sus principales obligaciones, que es financiar el fondo. Entonces, obviamente, cuando no cumple, el riesgo igualmente

estuvo asumido. La carga del no cumplimiento es que al cliente le cese el derecho indemnizatorio mientras está en cesación de pagos, por decirlo de alguna manera. Pero la asunción del riesgo sigue, porque el contrato continúa vigente. Si el cliente se pone al día y luego tiene un siniestro, se le va a cubrir, porque el contrato pervive, no ha sido resuelto. La resolución a la que se le llama «de pleno derecho» es simplemente porque en una ley de orden público y en un contrato automatizado, sería imposible ir por cada caso a plantear una resolución judicial. Entonces, es obvio que la ley plantee, en estos contratos masivos, que cumplida la condición prevista por el legislador, el contrato se resuelva de pleno derecho.

SEÑOR BORDABERRY.- Para tranquilidad del doctor Apotheloz y de todos, propongo agregar un inciso que diga: «En caso de resolución de pleno derecho por incumplimiento del pago del premio, el asegurado no tendrá derecho a solicitar el reembolso de las sumas pagadas». De esa forma, se cierra el ciclo, porque en definitiva el que incumple no se va a ver beneficiado y se haría lo que el doctor Apotheloz está diciendo.

SEÑOR APOTHELOZ.- Reitero que creo que está bien el planteo de la ley y que la redacción es adecuada a la mecánica del seguro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a pasar a considerar el artículo 92.

Esta disposición dice lo siguiente: «Artículo 92 (Exclusiones - Riesgos no cubiertos). El contrato de seguro puede prever ciertas circunstancias que de resultar causantes del siniestro, excluyan la cobertura y por tanto no generen derecho a los beneficios. Dichas exclusiones o riesgos no cubiertos deberán resultar razonables de acuerdo con la naturaleza del riesgo y conforme a los usos comerciales en materia de seguros y reaseguros».

El Banco Central señala que entiende inconveniente eliminar la segunda frase de este primer inciso.

La secretaría me informa que este artículo no estaba desglosado, sino que cuando el Banco Central vio el proyecto, nos envió una nota, el 10 de julio, en respuesta a la solicitud efectuada por esta asesora. Esto se refería a que Audea, el Departamento de Derecho Comercial y Bancario de la Universidad Católica, el Instituto de Derecho Comercial de la UdelaR y el BSE habían promovido quitar la segunda parte de este inciso, que establece: «Dichas exclusiones o riesgos no cubiertos deberán resultar razonables de acuerdo con la naturaleza del riesgo y conforme a los usos comerciales en materia de seguros y reaseguros».

SEÑOR APOTHELOZ.- No sé si usted recuerda cuando hice el informe primario sobre el contenido. Nosotros decíamos que no tenía sentido la frase ya que posee una vaguedad inadecuada que tampoco aporta a la defensa de los principios y filosofía que impregnan el proyecto de ley. Lo que corresponde es que las exclusiones sean las que se pactan e incluyan en la póliza. Además, es lo que sucede en la práctica aseguradora, tanto nacional como extranjera, volviendo de nuevo al derecho comparado. La frase no aporta y puede dar lugar a muchos problemas interpretativos. Fíjese que dice: «Dichas exclusiones o riesgos no cubiertos deberán resultar razonables de acuerdo con la naturaleza del riesgo y conforme a los usos comerciales en materia de seguros y reaseguros». La ambigüedad es enorme. ¿Cómo se entiende la razonabilidad? Es un criterio totalmente subjetivo. Lo que nosotros decimos es que no aporta y hasta puede generar conflictividad en una relación asegurado-asegurador que queremos, justamente, fluya de una manera totalmente clara. Creo que le daría más un factor de complejidad interpretativa que otra cosa. Es por eso que nosotros planteábamos que, en definitiva, es una frase que no agrega nada y que no tendría sentido.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quedará para que lo determine la comisión.

En consideración el artículo 106, que está en el Capítulo IV, Reaseguros.

El doctor Apotheloz presentó un sustitutivo. Me comunican que ese artículo sí estaba desglosado.

SEÑOR APOTHELOZ.- Señor presidente: es una lástima que no esté presente en sala el senador Michelini. No sé si ustedes se acuerdan que esto, más que un desglose, es una observación que había hecho el senador respecto a la redacción. Él decía que no le parecía que estuviera bien redactado aquello de «también llamado reasegurador», o que la propia norma definiera qué es el reasegurador.

No le gustaba la manera en que había sido redactado. En función de ello se me pidió una eventual redacción sustitutiva, buscando resolver el tema conforme a lo planteado por el senador Michelini. En realidad, este texto no cambia el sentido pero creo puede satisfacer su inquietud. No sé si ustedes recuerdan –incluso está en las actas– que él planteó esto con mucho énfasis. Es por eso que nosotros decimos que el reaseguro es una modalidad del seguro contra el eventual nacimiento de un adeudo en el patrimonio del reasegurado, cedente, como consecuencia de un contrato de seguro anterior estipulado por este con su asegurado. Lo redacté de una manera que le sacara aquello que cuestionaba el senador, que decía que el reaseguro es una modalidad de seguro contra el eventual nacimiento de una deuda en el patrimonio del asegurador, también llamado reasegurado cedente. Él decía que ponerle «también llamado» no era un estilo de redacción legislativa que considerara adecuado. Lo único que hice, si uno ve el texto, fue ser receptivo al planteo del senador y traer simplemente una fórmula alternativa que, sin cambiar el sentido, sea funcional a lo que el senador solicitó. Esa es la razón por la cual el texto quedó de esta manera. Insisto: no cambia en nada los conceptos; simplemente, se adecua a lo que se había planteado en esa sesión.

SEÑOR BORDABERRY.- Tengo una duda porque en la segunda columna de este comparativo se dice que el reaseguro es una modalidad de seguro contra el eventual nacimiento de una deuda en el patrimonio del asegurador. Y en la otra columna dice que el reaseguro es una modalidad de seguro contra el eventual nacimiento de una deuda en el patrimonio del reasegurado.

SEÑOR APOTHELOZ.- Justamente, en la definición que habíamos puesto –Audea y BSE– decía «en el patrimonio del asegurador, también llamado reasegurado». Quiere decir que el asegurador y el reasegurado son el mismo. Como el señor senador Michelini no veía correcta la expresión «también llamado», pusimos directamente que el reaseguro es una modalidad de seguro contra el eventual nacimiento de una deuda en el patrimonio del reasegurado. ¿Quién es el reasegurado? El asegurador. Por ejemplo, si yo soy el Banco de Seguros y cedo parte de mi cartera, estoy reasegurando con otra empresa. Yo soy el asegurador y el reasegurado.

En definitiva, no hay ninguna inconsistencia; el tema es que para sacar esa frase que se entendía que no era conveniente, pusimos directamente que el reaseguro era una modalidad de seguro contra el eventual nacimiento de una deuda en el patrimonio del reasegurado o cedente que, en puridad técnica jurídica, es el asegurador principal, que cedió el riesgo a un reasegurador. Entonces, en el contrato de reaseguro, el asegurador se llama reasegurado.

SEÑOR BORDABERRY.- Entiendo el concepto. El asegurado primario es el cliente. Después está el asegurador primario del contrato principal, y también está el reasegurador del asegurador que es, a su vez, asegurador. No sé si no sería conveniente definir esas figuras más claramente porque, en realidad, el reasegurador es asegurador; el que no es reasegurador es el que se relaciona directamente asegurando el riesgo en primera instancia.

Así como está redactado, lo entiendo pero no sé si queda tan claro como debería, porque en definitiva este es un contrato entre dos partes que refiere al contrato de uno de ellos con un tercero. Es decir, el reaseguro es, en términos contractuales, un contrato subsidiario, dependiente de un tercer contrato, porque si no hay nada para reasegurar, no tiene sentido.

Comprendo el concepto pero no estoy seguro de que quien lo lea por primera vez vaya a entenderlo, porque empezamos diciendo que es un reaseguro pero es un asegurado y no un reasegurador.

SEÑOR APOTHELOZ.- Cuando hicimos esta aclaración con la empresa privada Audea –no fue una modificación sino una aclaración– el señor senador Michelini entendió –reitero– que esa no debería ser la redacción, entonces buscamos hacer la distinción. Quizás lo que el señor senador pretende es aclarar un poco los tantos en cuanto a la definición de cada figura y a su categorización.

En la redacción anterior –cuando dijimos que el reaseguro era una modalidad de seguro contra el eventual nacimiento de una deuda en el patrimonio del asegurador, también llamado «reasegurado»– aclaramos que el asegurador, digamos, de la relación obligacional principal, cuando cede, cuando reasegura, se llama reasegurado o cedente, es decir, el que cede la porción del riesgo. Insisto, esta nueva redacción no tiene ninguna otra finalidad que buscar una solución al planteo del señor senador Michelini.

De todas maneras, creo –esto se mencionó en otra reunión– que seguramente definir los institutos jurídicos queda para la doctrina y la jurisprudencia. Se supone que la ley tiene que regular adecuadamente el instituto. Por lo tanto, establecer en una norma jurídica quién es cada cual y cómo se llama, más allá de que pueda ser excesivo o no –no lo sé–, es una cuestión de técnica legislativa. Estructuré esta redacción simplemente para ser receptivo a un planteo específico. La norma anterior, redactada por Audea y BSE, siempre me gustó más porque daba esa claridad o, por lo menos, aportaba un poco más al tema. Creo que es una cuestión más de redacción que de otra cosa.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si el doctor Apotheloz nos permite el atrevimiento –en tanto ya llegaron los representantes del Ministerio de Economía y Finanzas–, podemos concertar una entrevista para el próximo martes, a efectos de proseguir la consideración de un pequeño grupo de artículos desglosados.

Quiero agregar que la vocación de esta subcomisión es liquidar rápidamente este análisis y enviarlo a la comisión madre –la Comisión de Constitución y Legislación– para que, de ser posible, en la segunda quincena de noviembre, el Senado esté en condición de tratarlo, aprobarlo y enviarlo a la Cámara de Representantes.

Se ha realizado un trabajo afinado. Si bien el Senado tuvo a su consideración el tratamiento de la rendición de cuentas, también es cierto que estuvimos esperando por el Ministerio de Economía y Finanzas así como por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, por algunos seguros de tipo agrícola, sobre los que todavía no tenemos datos concretos. Quizás hoy, con la presencia del Ministerio de Economía y Finanzas, podamos avanzar en esta materia.

Por lo tanto, como mencioné, invitamos al señor Apotheloz para el próximo martes.

SEÑOR APOTHELOZ.- Estamos a las órdenes.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la visita del señor Apotheloz.

(Se retira de sala el Director de la División Legal del Banco de Seguros del Estado, doctor Ariel Apotheloz).

(Ingresan a sala los economistas Martín Vallcorba y Ariel Cancio, representantes del Ministerio de Economía y Finanzas).

–La subcomisión tiene mucho gusto en recibir a los economistas Martín Vallcorba y Ariel Cancio, a quienes ha invitado para trabajar en el proyecto de ley sobre la regulación de los contratos de seguros, que venimos abordando desde hace varios meses.

En este proyecto de ley hay una propuesta de incorporar seguros agrícolas de daños patrimoniales y queremos tener la opinión del ministerio, a efectos de seguir con la tarea de la comisión.

Aclaro a los invitados que solo queda media hora de sesión. Si no terminamos hoy, podemos continuar el próximo martes.

SEÑOR VALLCORBA.- Creo que no seremos demasiados extensos y media hora nos da bien.

Antes que nada quiero saludar a los miembros de la comisión. Para nosotros es muy importante poder estar hoy aquí, a fin de colaborar para que se pueda continuar con el tratamiento de este proyecto tan trascendente para el Poder Ejecutivo y finalmente pueda ser aprobado a nivel del Parlamento.

Concretamente, con relación a los cinco artículos que se incorporan en la propuesta del Banco de Seguros del Estado y de Audea, que tienen que ver con los seguros agrícolas, cabe señalar que no tenemos ninguna objeción para hacer. Hemos analizado estos artículos y entendemos que es correcta su incorporación. Sobre esos puntos no existe ningún comentario.

Quisiéramos aprovechar esta comparecencia para hacer algún comentario sobre algunos otros aspectos que se han ido incorporando al proyecto, a raíz de propuestas del Banco de Seguros del Estado y de Audea y también a partir de comentarios del propio Banco Central del Uruguay sobre algunas de estas propuestas.

En el artículo 92, que habla de las exclusiones de riesgos no cubiertos, debo decir que coincidimos con la observación que realiza el Banco Central del Uruguay en la nota que elevó en respuesta a la consulta que le formuló la subcomisión. Nos parece que no sería conveniente la eliminación de la última frase del primer inciso, en la medida en que quedaría con una amplitud demasiado grande.

SEÑOR BORDABERRY.- Coincidimos.

SEOÑR VALLCORBA.- De alguna manera, es relativamente programática la cláusula pero nos parece que es conveniente a los efectos de no dejar una amplitud excesiva respecto a esta posibilidad de exclusión.

SEÑOR BORDABERRY.- Por fin acá alguien vela por el consumidor.

SEÑOR VALLCORBA.- Este comentario también lo realizó el Banco Central del Uruguay en su nota de respuesta.

En cuanto al artículo 115, que habla de la denominación, entendemos que tampoco es conveniente hacer una referencia en la ley a una disposición que forma parte de la recopilación de normas del Banco Central, o sea, del ordenamiento jurídico inferior que, entre otras cosas, puede ser bastante dinámico.

Una referencia específica –no estaba en el proyecto de ley original– es la que se hace con respecto al artículo 160 del Libro VII del Régimen Sancionatorio y Procesal de la recopilación de normas de seguros y reaseguros. Allí también el Banco de Seguros del Estado en su nota planteaba una observación similar y sugería la posibilidad de incorporar otro tipo de referencia en caso de que se considerara necesario hacer una referencia legal que luego da origen a la facultad sancionatoria que tiene el Banco Central del Uruguay. Nos parece que sería conveniente tratar de recoger ese punto.

En cuanto al artículo 116, en el segundo inciso del literal C) se agrega la posibilidad de que el Banco Central del Uruguay pueda autorizar que las reservas se constituyan en un cien por ciento en valores emitidos por empresas públicas.

En principio, nos parece razonable dejar la posibilidad de la inversión del cien por ciento de las reservas en los valores emitidos por el Estado uruguayo y por el Banco Central del Uruguay –en general, así es de estilo en otras normativas– porque, en el caso de valores emitidos por empresas públicas, tal vez pudiera regirse por los límites establecidos generales. A eso refiere el inciso siguiente que se agrega, que establece que para las restantes inversiones se aplicarán los límites establecidos por el artículo 123 de la presente ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera hacer una consulta. Son valores emitidos por empresas públicas, siempre y cuando acompañe la otra cláusula que establece «para las restantes inversiones…».

SEÑOR VALLCORBA.- Claro, porque aquí se refiere a los niveles de diversificación que debe tener la inversión de las reservas. No solo dice en qué instrumento puede invertir, sino hasta qué monto, y se autoriza a que todas las reservas se constituyan en «valores emitidos por el Estado uruguayo e instrumentos de regulación monetaria emitidos por el Banco Central del Uruguay». Esa era la redacción original. Luego se agregó «valores emitidos por empresas públicas», lo cual habilitaría que el cien por ciento de las reservas estuvieran en valores emitidos por empresas públicas.

Nos parece que, en el caso de las empresas, en cuanto a los criterios de diversificación, sería conveniente regirse por lo que son los principios generales que se plantean en el artículo 123.

SEÑOR BORDABERRY.- ¿No confía en las empresas públicas?

SEÑOR VALLCORBA.- Lo digo porque la propia normativa del Banco Central del Uruguay es esa. Distingue lo que son valores públicos y valores emitidos por el Banco Central del Uruguay por un lado, de los valores emitidos por otros organismos del Estado, que pueden ser gobiernos departamentales y empresas públicas. Normalmente se hace una distinción entre los valores emitidos por el Estado por un lado, y, por otro, por el resto de los organismos. Se hace, básicamente, por un tema de diversificación de los portafolios.

Finalmente, el último punto que quería comentar tiene que ver con el agregado que proponen el Banco de Seguros del Estado y Audea. Nosotros lo tenemos como artículo 132, pero es el que viene a continuación del artículo 126. Mediante este agregado se crea la oficina de información de seguros de vida.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es el 126-1.

SEÑOR VALLCORBA.- Es un agregado a la redacción original.

Sobre este punto quiero señalar que el Banco de Seguros del Estado y Audea realizan esta propuesta de incorporación por la que se prevé la creación una oficina de información de seguro de vida. El objetivo fundamental que tiene la creación de esta oficina es para aquellos casos relativamente muy poco frecuentes de seguros que no se reclaman. Se propone su creación porque existe la posibilidad de que el beneficiario del seguro desconozca su existencia y, por lo tanto, no se reclama nunca. Frente a esta propuesta, en la nota que responde el Banco Central del Uruguay se plantea una propuesta alternativa a la presentada por el Banco de Seguros del Estado y Audea. Básicamente, en esta última se dice que la reglamentación podrá establecer la creación de una oficina de información de seguros de vida. La nota del Banco Central, por su parte, que plantea una redacción alternativa, propone directamente que se cree un registro de pólizas de seguros de vida y prevé que la ley establezca dónde funcionará ese registro. De alguna manera, en la fundamentación se hace cierto paralelismo con el registro de testamentos. Entonces, a nosotros nos parece que esta es una iniciativa positiva en el sentido de que atiende situaciones –que son muy poco frecuentes, pero que pueden existir– de beneficiarios que no conocían la existencia de ese seguro y, por lo tanto, tampoco saben si tienen derecho a reclamar. Ahora bien, tenemos alguna duda con respecto a cuál es la institucionalidad más adecuada. Concretamente, se plantea si lo ideal sería que funcionara en la órbita del Banco Central, que era el espíritu de la propuesta del Banco de Seguros y Audea, de modo que el Banco Central llevara ese registro de pólizas de seguros de vida, o que se llevara a cabo lo planteado por el Banco Central en el sentido de que se trasladara ese tema a una oficina nueva. Creo que en esto hay una valoración que tal vez haya que terminar de realizar y, al respecto, se nos ocurría actuar un poco en línea con el espíritu de la propuesta del Banco de Seguros y Audea, pero tomando la redacción del Banco Central, que es más precisa y detalla mejor la forma en que funcionaría ese registro. Concretamente, pensamos en plantear el asunto como una facultad al Poder Ejecutivo para crear ese registro, a los efectos de determinar luego cuál es la ubicación más adecuada. En principio, lo ideal sería que esto estuviera en el Banco Central, porque se trata de instituciones supervisadas y reguladas por el Banco Central y se trataría de una información adicional, que hoy no se brinda. Creo que el hecho de establecer esto como una facultad nos da cierta flexibilidad para implementar la creación del registro en la oficina que se entienda que puede funcionar de mejor manera. Entonces, lo que proponíamos era que el primer inciso en la propuesta del Banco Central, en lugar de que comenzara diciendo «Créase un registro» dijera «Facúltese al Poder Ejecutivo a crear un registro de pólizas de seguros de vida al cual las empresas aseguradoras deberán comunicar todas las pólizas de seguros de vida que emitan», y continúa la redacción propuesta por el Banco Central.

Asimismo, sobre la propuesta del Banco Central también había un comentario con relación al cuarto inciso que proponen ellos para este artículo, que es el que prevé que transcurrido el plazo de cinco años previsto en el artículo 50 de la presente ley, sin que se hubiese presentado el beneficiario a reclamar el pago, la aseguradora verterá el monto de la cobertura a la cuenta del Tesoro Nacional bajo el rubro de seguros de vida no reclamados. De alguna manera lo que se pretende con este planteo es dar un tratamiento análogo al de los depósitos que transcurridos cinco años se inmovilizan, porque ese dinero va a la cuenta del tesoro y si aparece luego la persona a reclamar ese depósito hay un procedimiento por el cual se reintegra y se devuelve ese depósito.

A nosotros, en el caso de los seguros, nos parece que tal vez este no sea el procedimiento más adecuado, por varias razones, pero en particular porque este es un elemento que sucede en los distintos rubros de los seguros. No todos los seguros se reclaman y eso es parte de la naturaleza de la actividad. Se asegura un riesgo y, eventualmente, el titular reclama o no. Eso entra dentro de los cálculos actuariales que realizan las compañías de seguros. Es decir que, en base a la historia que se tiene, se calcula el porcentaje de los seguros que no se reclaman y eso entra dentro del propio *pricing* del seguro en lo que se llama la fijación de la prima.

Por lo tanto, este elemento no va a ser una ganancia extraordinaria de la compañía de seguros, sino que esta restricción se traslada a un aumento del precio del seguro y, al mismo tiempo, establece un tratamiento diferencial entre el seguro de vida y los otros seguros.

Entonces, por ese motivo, nos parecía que podía no considerarse este agregado que sugería el Banco Central. Por tanto, estaríamos planteando no considerar los últimos dos incisos que propone el Banco Central. El último inciso establece cuándo empezaría a funcionar el registro y, en la medida en que estamos planteando una facultad para que se cree el registro, no sería necesario establecer eso.

No sé si fui más o menos claro o quedaron algunas dudas sobre este punto.

SEÑOR BORDABERRY.- ¿Hay algún tipo de estimación de primas no cobradas? Obviamente, la primera impresión es que hay un enriquecimiento de la empresa aseguradora. En la medida en que no se le reclama, no paga, y eso puede influir en el precio que cobra en otros seguros o lo podría tener como una ganancia extraordinaria, es decir que pasado determinado tiempo sin que se le reclame, lo distribuya. Es decir que puede llevarlo al *pricing* o no.

Por otra parte, coincido con lo que plantea respecto a que no se cree en determinado lugar la oficina, aunque el lugar lógico es la Superintendencia en el Banco Central. De todos modos, pregunto si no sería más lógico crear la oficina y dar la facultad al Poder Ejecutivo de determinar dónde la va a ubicar. Como estamos estableciendo determinadas obligaciones que van a surgir de la no inscripción del contrato y de la no información, obviamente, eso nos puede dificultar.

Más que nada, quisiera saber si tienen algún tipo de números sobre lo que no se cobra por pólizas que no se reclaman.

SEÑOR VALLCORBA.- Empiezo por lo último. Nos parece que una formulación como la que propone el senador Bordaberry también sería adecuada, es decir, crear el registro y que el Poder Ejecutivo tenga la facultad de determinar dónde funcionaría.

Sobre el primer punto, nosotros consultamos al Banco de Seguros, pero todavía no nos han podido pasar la información sobre la cantidad de pólizas que no se reclaman. De todas maneras, nos adelantaron que es un número muy pequeño, no demasiado significativo.

Ahora bien, hay una diferencia entre la naturaleza del depósito y la del seguro. En el caso del depósito es un activo que una persona tiene y que, de alguna manera, mantiene en una determinada institución, y lo otro es un derecho a cobrar. De lo contrario, uno podría plantearse por qué ponerle una fecha de prescripción. En estos casos, lo que hace el proyecto es extender el período de un año a cinco. Ahora, alguien podría decir que si en definitiva en cualquier momento se podría reclamar, no prescribiría.

Creo que es diferente la naturaleza de un depósito, que es un activo que tiene una persona en custodia de una institución, de esto, que es un derecho a una indemnización en caso de un determinado siniestro y donde, de alguna manera, la existencia de un sector en competencia permite que estos elementos se terminen trasladando al precio. El depósito que permanece más de cinco años inmovilizado no es un activo del banco y es claramente una ganancia extraordinaria, pero esto otro está dentro de lo que son los distintos cálculos actuariales que realiza una compañía, como cuál es la probabilidad de fallecimiento, en qué momento o qué probabilidad existe de dejar derechos pensionarios en los casos de los seguros previsionales. Hay un montón de elementos que tienen que ver con cuestiones actuariales, probabilísticas, que están dentro del cálculo del precio y tienen una naturaleza distinta del depósito, que es un dinero que recibe la institución y pasaría a ser parte de su enriquecimiento si, en definitiva, nadie la reclamara.

En el caso que estamos considerando se trata de un componente más del precio en un mundo que es probabilístico y aleatorio. Por lo tanto, todos estos elementos son los que se computan a la hora de fijar el precio en un mercado en competencia donde el objetivo debería ser el de determinar el menor precio posible para que sea una oferta competitiva para los potenciales usuarios.

SEÑOR BORDABERRY.- Está clara la posición y fue muy bien fundamentada, pero no coincido con ella.

SEÑOR VALLCORBA.- Por otra parte, el doctor Apotheloz me comentó antes de retirarse que desde el punto de vista jurídico había algunas otras observaciones, y quizás pueda referirme a ellas en una próxima comparecencia, porque el análisis estrictamente jurídico me escapa ampliamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos la presencia y si necesitamos algún otro asesoramiento los volveremos a convocar.

Se levanta la sesión.

(Son las 14:28).